

受付年月日

子ども手当認定請求書

請求者	フリガナ			生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名							
	住所	昭島市			電話	-	-	
	(別居の場合の子の住所)			(昼間連絡先 - -)				
年1月1日現在住所		市内・市外	平成	年	月	日	市より転入	
職業	ア 公務員でない イ 公務員		加入年金	1 厚生年金 2 私立学校教職員共済 3 公務員等共済 4 国民年金 5 未加入				
配偶者の有無	有・無	配偶者の氏名				配偶者の職業	ア 公務員でない イ 公務員	
支払希望金融機関	銀行・農協 信金・信組		本店支店	口座番号		口座名義人(カタカナ)		
	金融機関コード		支店コード					

子ども	氏名	続柄	生年月日	同居別居	監護有無	生計関係	子どもとの関係で、該当する場合に印	3才	小	中
				平成 年 月 日	同居・別居 海外留学 (平成 年 月~)	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母		
			平成 年 月 日	同居・別居 海外留学 (平成 年 月~)	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			
			平成 年 月 日	同居・別居 海外留学 (平成 年 月~)	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			
			平成 年 月 日	同居・別居 海外留学 (平成 年 月~)	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			
			平成 年 月 日	同居・別居 海外留学 (平成 年 月~)	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			

請求者加入保険	保険の種類	1 協会 2 組合 3 共済 4 昭島市の国保 5 国保組合 6 その他()				請求者との続柄	本人・本人外	
	被保険者氏名			資格取得年月日 (請求者本人)	昭和 平成	年	月	日から
	被保険者証 記号・番号	記号		番号	番号	名称		

子ども手当の受給資格の認定を申請します。
 この届に記載した状況について、住民基本台帳等の公簿により確認することを同意します。
 (あて先) 昭島市長

平成 年 月 日 氏名 印

支給開始年月	認定・却下	却下
平成 年 月	認定・却下年月日	平成 年 月 日
手当額	3歳未満	円
	3歳~小学校終了前	円
	第3子以降	円
	中学生	円
	計	円

備考	電算 / 通知 /
	被用者 非被用者
住民登録の確認	月 日

太枠の中を楷書(かいしょ)で記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

記載された事項は保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。